

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto
prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional
Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Solís Granados, Roxana Pilar

ASESOR

Mg. Lupe Vargas Zafra

Lima – Perú

2014

Agradecimientos:

Agradezco en primer lugar a mi asesora Mg. Lupe Vargas Zafra por brindarme su apoyo incondicional en la realización y culminación de esta tesis, a las Obstetras y Médicos Gineco-Obstetras del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por brindarme su apoyo en la identificación y abordaje de las pacientes a participar en el estudio, así como a mis padres por su apoyo constante durante todo este tiempo.

Dedicatoria:

Con todo mi cariño y mi amor para mis padres que hicieron todo en la vida para que pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas.

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | v |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| OBJETIVOS | 16 |
| MÉTODO | 17 |
| A) Tipo y diseño de investigación | 17 |
| B) Población y muestra | 17 |
| C) Representación esquemática de variables | 19 |
| D) Técnicas e instrumentos..... | 20 |
| E) Procedimiento y análisis de datos | 21 |
| F) Consideraciones éticas y consentimiento informado..... | 22 |
| RESULTADOS..... | 23 |
| DISCUSIÓN..... | 31 |
| CONCLUSIONES | 37 |
| RECOMENDACIONES..... | 39 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 41 |
| ANEXO 1 | 46 |
| ANEXO 2 | 47 |
| ANEXO 3 | 50 |
| ANEXO 4 | 51 |
| ANEXO 5 | 52 |

**Estresores Psicosociales Asociados a la Amenaza de Parto Prematuro en
Gestantes Adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
Enero – marzo 2014**

RESUMEN

Objetivo: Identificar los principales estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de Enero – Marzo en el año 2014.

Material y método: Estudio analítico de casos y controles de diseño no experimental, realizado en 41 casos y 82 controles. Se aplicó un instrumento validado por criterio de jueces, y su fiabilidad alcanzó un coeficiente de 0,906 en la escala del alfa de Cronbach.

Resultados: Amenaza de abandono por parte de la pareja [OR=12,642]; violencia física por parte de la pareja [OR=9,621]; intento de autolesión [OR=9,667]; decepción por el embarazo [OR=8,662]; ausencia de amor hacia su pareja cuando se embarazó [OR=7,243]; ausencia de amor en este momento del embarazo [OR=6,315]; falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]; falta de apoyo económico de la pareja [OR=6,857]; falta de apoyo económico de su familia [OR=8,390]; frustración educativa [OR=7,212].

Conclusiones: La amenaza de parto prematuro se presenta en los siguientes casos: Cuando la gestante intenta autolesionarse, cuando su pareja amenaza con abandonarla y es golpeada a causa del mismo, cuando se embarazó no estando enamorada, cuando no recibe apoyo emocional de familiares directos; cuando no recibe apoyo económico de familiares y de su pareja durante la gestación; y cuando es consciente que sus metas académicas pueden frustrarse por el embarazo.

Palabras claves: Estresores psicosociales, amenaza de parto prematuro, adolescente.

**Psychosocial Stressors Associated with Preterm Labor in Pregnant
Adolescents of Daniel Alcides Carrion National Hospital. January to March
2014**

Abstract

Objective: To identify the major psychosocial stressors associated with preterm labor in pregnant adolescents of Daniel Alcides Carrión National Hospital during the period January to March 2014.

Material and methods: Analytical case-control study of non-experimental design, performed in 41 cases and 82 controls. An instrument validated by judges criterion was applied, and if it reached a reliability coefficient of 0.906 on the scale of Cronbach's alpha.

Results: Threat of abandonment by the partner [OR = 12,642]; physical violence by partner [OR = 9,621]; attempted self-harm [OR = 9,667]; deception by pregnancy [OR = 8,662]; absence of love for her partner when she got pregnant [OR = 7,243]; absence of love at this time of pregnancy [OR = 6.315]; lack of parental support [OR = 8,403]; lack of sense of welcome from the family [OR = 7,095]; lack of financial support from the partner [OR = 6,857]; lack of financial support from her family [OR = 8,390]; educational frustration [OR = 7.212].

Conclusions: The preterm labor occurs in the following cases: when the mother tries to harm herself, when her partner threatens to leave and she is beaten because of it, when she became pregnant not being in love, when she does not receive emotional support from her relatives, when no receives financial support from her family and partner during pregnancy and when she is aware that academic goals are frustrated by pregnancy.

Keywords: psychosocial stressors, preterm labor, teen.

INTRODUCCIÓN

Hasta la fecha, existen diversos estudios acerca de los factores de riesgo para la amenaza de parto prematuro, cuyos objetivos refieren causas fisiológicas y biológicas, encontrándose resultados significativamente útiles para la ciencia; sin embargo hoy en día, como ya se mencionó líneas antes, se han encontrado evidencias en todo el mundo, que no solo las causas biológicas son las que influyen en el parto prematuro, sino también tienen gran influencia los factores estresantes que la madre experimenta a lo largo de su embarazo ⁽¹⁾. Factores a los que, en este estudio denominamos, estresores psicosociales, los cuales hacen referencia a la violencia psicológica y/o física por parte de sus familiares o su pareja, también si el embarazo ha sido recibido con la motivación necesaria tanto con el mismo embarazo y con la pareja ^(2,3). También, resulta muy importante el apoyo que recibe la mujer por parte de sus familiares, de su pareja y de los familiares de su pareja ^(4, 5, 6). Por otro lado, estudios realizados en Estados Unidos en el año 2006 indicaron que la situación económica “baja” de la mujer embarazada en relación con una temprana edad, representa un estresor altamente significativo para que la mujer experimente amenaza de parto prematuro, así mismo, el sentimiento de frustración de proyectos a futuro, tanto académicos como personales. ^(7, 8, 9)

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo

espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los adolescentes muestran que estos tienden al inicio de relaciones sexo-genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes.

Según las proyecciones poblacionales del INEI al año 2012, del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 13,2% estuvo alguna vez embarazada, el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez.

Del total de madres adolescentes, el 63,8% convive con su pareja y un 23,8% manifestó que son madres solteras. ⁽¹⁰⁾

En los últimos 5 años, se han observado que estos factores representan riesgo para que se desarrolle la amenaza de parto prematuro de los cuales muchos de

ellos terminan en partos prematuros, dichos factores son relativamente independientes a los factores biológicos o fisiológicos que inducen a un parto prematuro^(11,12,13). En el presente estudio serán denominados “estresores psicosociales” asociados a la amenaza de parto prematuro ⁽¹⁴⁾. En China se encontraron este tipo de evidencias que representaron riesgo para una amenaza de parto prematuro, cuando las gestantes habían estado expuestas a experiencias duras en el primer y segundo trimestre. Según el diario americano de Obstetricia y Ginecología, las gestantes que tienen problemas con su situación económica, emocional, vivencias traumáticas y una mala relación con su pareja tienen una tendencia significativa para el desarrollo de amenaza de parto prematuro, partos prematuros propiamente dichos y bebés con bajo peso al nacer ⁽¹⁵⁾, posteriormente se realizaron observaciones en América Latina, los cuales afirmaban de manera similar, que cuanto más temprana había sido la experiencia estresante, mayor era el riesgo de complicaciones en el embarazo.

La violencia en general puede ser de 4 tipos: física, psicológica o emocional, económica y sexual.

Violencia Física: Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física es generalmente recurrente y aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida

Violencia psicológica o emocional: Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, manejar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas como romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la persona y lastimar mascotas.

Violencia económica: Esta es otra forma de controlar a la persona, haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte por una persona. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: Hacer que la persona, mujer por lo general, tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio. Dar menos dinero del que se necesita a pesar de tener solvencia económica. Inventar que no hay dinero para gastos que la persona considera importantes. Disponer del dinero de la persona (sueldo, herencia, etc.). Que las propiedades derivadas del matrimonio estén a nombre de una sola persona. Privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.

Los problemas de economía, se hace representativo en los aspectos sociales desde el punto de vista de que en nuestro medio cultural, la economía determina el estatus económico en la que se encuentra una familia y, por otro lado, una adolescente en la cultura peruana, por lo general depende económicamente de sus padres, motivo por el cual, no se puede tomar decisiones plenas y soberanas sobre su proyecto personal sobre todo cuando esta persona está embarazada siendo adolescente.

Violencia sexual: Por lo general, a las personas les cuesta más hablar sobre este tipo de violencia. Incluye sexo forzado o degradación sexual como: intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente, o tiene miedo de negarse, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso de objetos penetrantes o armas, forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección de un embarazo y/o de ITS y VIH/SDA, criticar e insultar a la persona con nombres sexualmente degradantes, acusar falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligar a ver películas o revistas pornográficas, forzar a observar a la pareja mientras esta tiene relaciones sexuales con otra persona. (16)

Avalos, C⁽¹⁷⁾, encontró que la madre con mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino es: primigesta joven 48%, proveniente de zona urbana 49%, instrucción secundaria incompleta 47%, vive en unión libre 56%, nulípara 48%, sin control prenatal 36%, con intervalo intergenésico acortado 88%, con edad gestacional que oscila entre 25 - 34 semanas 60%. Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 53,2 %, infecciones del

tracto genital 23,3 %, anemia 16,4 %, hemorragias obstétricas 16,4 %, ruptura prematura de membranas 15,5 %, preeclampsia 10,3%, placenta previa 9,5 %, desprendimiento prematuro de placenta 0,9 %, polihidramnios 0,9 %. El autor concluye que la variedad de factores asociados a la amenaza de parto pretérmino tienen una implicación socio- económica y cultural intrínseca.

Grandi, C. ⁽¹⁸⁾ Encontró que las madres de recién nacidos pretérmino se sintieron más frecuentemente estresadas o angustiadas ($p= 0,014$) y reaccionaron llorando ($p= 0,021$) o fumando ($p=0,047$) más que las madres de recién nacidos a término. Entre las situaciones de vida, las madres de RNPT refirieron “llorar mucho” ($p=0,021$) y “estar nerviosa” ($p= 0,043$) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%) y “mala relación familiar” (15,6% vs. 13%) en comparación con las madres de RNT, aunque estadísticamente no significativas. En el análisis de regresión logística persistieron significativamente asociadas al parto prematuro “estar muy estresada” (OR 1,70, IC 95% 1,08-2,31) y “llorar” (OR 1,98, IC 95% 1,32-2,65).

Parada, O. ⁽¹⁹⁾ realizó un estudio en 50 mujeres, encontró que 19 sufrían violencia emocional. Se determinaron las características de residencia, edad gestacional, dinámica uterina, condiciones cervicales, escolaridad, ocupación de las pacientes y de su pareja, así como si eran víctimas de violencia emocional. El autor concluye que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no es tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pretérmino.

Salas, A y. Salvatierra, D. ⁽²⁰⁾ Elaboraron un estudio en 116 mujeres peruanas, se encontró que el 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. Los autores concluyeron que los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino.

Evidencias de varios estudios observacionales indican que existe una relación entre eventos vitales perinatales, estrés y varios resultados adversos del embarazo, incluyendo el parto prematuro.

Wadhwa evaluó la asociación entre hormonas, factores sociales y psicológicos concluyendo que los niveles de hormona adrenocorticotrófica, beta-endorfina y cortisol en plasma sanguíneo estaban asociados al estado psicológico de la madre. Ruiz relató que el desequilibrio de la homeostasis hormonal materna causado por el estrés puede contribuir a una proporción significativa de los partos prematuros. Nuckolls observó que el estrés materno estaba más comúnmente asociado a peores resultados del embarazo en mujeres que tuvieron poco soporte social para mitigar los eventos estresantes.

Según Lobel; valores elevados de ansiedad, estrés crónico percibido y estrés asociado a acontecimientos de la vida predicen, prospectivamente, el bajo peso (BP, <2500 g) y duración más corta de la gestación, controlados para riesgos médicos, paridad y abuso de drogas por la madre.

Cuatro publicaciones han documentado, resolviendo las limitaciones metodológicas de informes previos, que el distrés psicológico al final del embarazo se asocia con un aumento del parto pretérmino. La primera de ellas encontró una relación directa entre el distrés psicológico alrededor de la semana 30 y el parto pretérmino. Después de controlar para todas las posibles variables confusoras, el riesgo relativo de parto pretérmino fue de 1.22 (IC 95% 0,84-1,79) para un distrés moderado y 1,75 (1,20-2,54) para el distrés severo en comparación con aquellas mujeres con bajo distrés.

El segundo estudio es un detallado seguimiento de 90 mujeres socio-demográficamente homogéneas y provee información referente a distrés episódico o crónico, tensión y ansiedades relacionadas al embarazo. Este estudio encontró que la ansiedad prenatal, independientemente de factores de riesgo biológicos, se asoció significativamente con la duración de la gestación: por cada unidad en el aumento del puntaje de ansiedad prenatal (para un rango posible de 5 puntos), la edad gestacional al parto disminuía 3 días ($p < 0,01$).

El tercero analiza los abordajes conceptuales y metodológicos que se han usado para investigar los efectos del estrés materno prenatal sobre los resultados perinatales; concluye que la mayoría de los estudios “han fallado en conceptualizar realmente el estrés” y, sumado a defectos comunes en sus metodologías y diseños han producido resultados erróneos sobre el rol del estrés en resultados como el parto pretérmino o el Bajo Peso (BP, <2.500 gramos).

El último y más reciente estudio de revisión, en controversia con los anteriores, muestra que los eventos estresantes durante el embarazo, aunque más comunes en poblaciones empobrecidas, no aumentarían el riesgo del parto pretérmino (OR no ajustado = 1,6; $p=0,06$).

Por otro lado Hogue y colaboradores proponen un modelo epidemiológico basado en el clásico triángulo de causalidad epidemiológica. El huésped es la mujer individual, más o menos susceptible a patologías inducidas por estresores. El medio ambiente incluye las condiciones sociales y culturales que son futuros estresores así como modificadores sociales y culturales del estrés. El agente es el inmediato estresor emocional o físico que requiere su respuesta. Este modelo epidemiológico postula que si el individuo está abrumado por los estresores depende no sólo de la intensidad de los agentes sino de la susceptibilidad del huésped al estrés, así como del nivel de los estresores agudos, ambientales y contextuales, y la influencia reguladora del huésped, medio ambiente y recursos contextuales para manejar el estrés.

Se propone entonces un modelo en que los eventos potencialmente estresantes son apreciados como tales desencadenando respuestas fisiológicas (aumento de la contractilidad uterina) a cambios emocionales, lo que llevaría al parto prematuro. Se puede concluir, por consiguiente, que elevados niveles de estrés psicosocial previos y durante el embarazo pueden jugar un rol independiente en la incidencia del parto prematuro; sin embargo, las preguntas sin responder a la fecha por las investigaciones son si los elevados niveles de síntomas depresivos afectan los resultados del embarazo, ya sea directamente o fomentando conductas negativas de la salud, y si los eventos estresantes crónicos o “estresores” (vs. agudos) son dañinos. ⁽¹⁸⁾

La importancia del entorno psicosocial en el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos, y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo. En relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos. Por otro lado se ha observado que la evaluación de los factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, incrementan significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales. ⁽¹⁵⁾

La importancia de esta investigación se encuentra en que con la identificación de los estresores psicosociales que influyen de manera significativa para la amenaza de parto prematuro, se tendrá información útil cuya importancia radica en la prevención de este hecho cuyos desencadenantes son negativos, tanto para el bebé, para la madre y para la sociedad⁽²¹⁾. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz ⁽²²⁾.

Es preciso mencionar, que el embarazo normal culmina con un trabajo de parto, y parto después de la semana 37 de gestación; sin embargo, el parto pretérmino, y la prematurez resultante de éste, es la patología perinatal y complicación más común, costosa y catastrófica del embarazo ⁽²³⁾. Esta entidad tiene una frecuencia

de presentación aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez es de etiología multifactorial y continua siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar. ⁽²⁴⁾

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20- 30%). Por su bajo costo y su facilidad en la aplicación clínica la mayoría de hospitales utilizarán la medición de la longitud cervical como la exploración complementaria de primera elección.

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes uno o más de los siguientes criterios y ecográficos.

a) Criterios clínicos:

— Bishop 5 (cérvix acortado, centralizado, dilatado de 1 a 2 cm.)

- Parto pretérmino anterior (espontáneo) antes de las 34 semanas de gestación.
- Gestación múltiple
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual
- b) Criterios ecográficos:
 - Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas
 - Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas
 - Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente ninguno de los criterios citados anteriormente. ⁽²⁵⁾

Los estresores psicosociales son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. En otras palabras, el estrés social se determina por el significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas, aquí debemos, por ende, comprender que como cada persona tiene un patrón diferente, también su estrés será diferente. ⁽²⁶⁾

Algunos ejemplos de estos tipos de estresantes que con frecuencia surgen durante el transcurso de nuestra vida son: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, presión de tiempo, jubilación, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia. ⁽²⁷⁾

En general se puede considerar al estrés como una relación entre eventos o situaciones del medio externo o interno y la reacción de activación que se produce en la persona en respuesta a dichos eventos. Entre unos y otros eventos median

factores moduladores, tales como el apoyo social, el estilo o historia de afrontamiento, las características de estilo de vida, y muchas otras.

En la atención ginecoobstétrica el problema del estrés aparece con mucha frecuencia, algunas veces como factor etiológico, y otras como un factor asociado, relevantes en el contexto vital de la paciente. Las principales preocupaciones o factores de estrés que pesan sobre las madres gestantes se refieren a los peligros potenciales para el estado físico del bebé y el de ellas.

Algunos autores han propuesto un factor modulador de la respuesta de ansiedad ante los estresores internos o externos al embarazo es la deseabilidad y oportunidad del mismo. Se observó que las gestantes que no desean quedar embarazadas presentan más temores referentes a su propia integridad física, mientras que las que si lo desean presentan más temores relacionados con la integridad del bebé. El embarazo no planeado y sobre todo el no deseado, aumenta la situación de ansiedad y malestar en las gestantes.

La actitud de la gestante hacia el embarazo, positiva o negativa, refleja, a manera de síntesis, sus cogniciones o ideas acerca del mismo. Estas cogniciones son el resultado de las tradiciones tanto oral como escrito, que la mujer recibe acerca del embarazo y el parto; lo cual repercute en el estado emocional de la madre generando estrés o tranquilidad.

El embarazo es un tiempo especial para la mujer y su familia, sin embarazo este puede llegar a producir estrés. El estrés es el resultado de estrados psicológicos y emocionales, que llevan a cambiar el curso del embarazo; estos se componen, de presiones sufridas por la madre diariamente en su casa y trabajo.

El inicio del embarazo es un periodo en la mujer de adaptación y maduración ya que en esta se presenta preocupación por ellas mismas y por su salud, se suscita el miedo al dolor y la muerte, al igual que temores por el hijo, se presenta interrogantes sobre, posibilidades de aborto, malformaciones congénitas, muerte intrauterina, embarazo múltiple y dudas sobre normalidad mental del niño.

Todo lo anterior unido a circunstancias de trabajo, a condiciones de vida, a la conformación familiar, a la condición económica, a la relación con el compañero y la atención médica recibida lleva a la mujer embarazada a manejar altos grados de estrés que pueden llegar a afectar el nacimiento del bebé. ^(26, 27)

Causantes Bioecológicos del estrés. Las causas bioecológicas se originan de toda actividad derivada de nuestras funciones normales y anormales de los órganos y sistema del organismo humano, incluyendo a los que produce el ejercicio, y de aquellos estresantes que surgen de nuestro ambiente físico o ecológico. ⁽²⁸⁾

Incidencia de estrés durante el embarazo. A nivel médico se considera, que algunos niveles de estrés pueden afectar el embarazo, algunos estudios sugieren una posible relación entre estrés y una labor de parto prematuro. Así mismo el estrés juega un papel importante en las complicaciones durante el embarazo, aumento de la presión arterial, diabetes, condiciones que incrementan el riesgo de una labor de parto prematura. El estrés en la gestante sumado a malos hábitos, tales como, consumo de alcohol, cigarrillo, drogas ilícitas, incrementan el riesgo de complicaciones en el nacimiento. ⁽²⁵⁾ De igual manera existen factores psicosociales de riesgo en el embarazo que conllevan a las complicaciones perinatales, estos se refieren a la carencia de soporte adecuado para la gestante, estos factores influyen significativamente sobre el resultado del embarazo y el

parto. Otro tipo de estresor es aquel que va ligado al estilo de vida de la gestante, el cual se refiere a los hábitos conductuales de la persona que puede estar afectando directamente al organismo y afectan su vulnerabilidad o susceptibilidad a la activación en situaciones de estrés. ⁽²⁶⁾

Estresores vs. Salud. Existe una relación estrecha entre el estrés y nuestra salud; se ha comprobado que definitivamente el estrés negativo afecta al bienestar general del individuo. Por otro lado, nuestro nivel de salud afecta la habilidad para manejar el estrés. Una pobre salud reduce la capacidad individual para combatir efectivamente el estrés. ^(29, 30, 31)

Estrés y el embarazo: A medida que avanza el conocimiento de la fisiología de la gestación, también aumenta la certidumbre de que el estado emocional de la madre es primordial para el desarrollo del bebé intraútero e incluso para su salud futura. ⁽³²⁾ A lo largo de los últimos años, diversos estudios han venido señalando que el estrés intenso durante el embarazo, por ejemplo por una fuerte presión en el trabajo, maltrato en la pareja, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar muy cercano, o incluso el rechazo a un embarazo no deseado, puede tener importantes repercusiones en el organismo ⁽³³⁾. Una de las consecuencias del estrés materno intenso que se han señalado de manera más insistente durante la última década es la mayor incidencia de partos prematuros. Los estudios sobre este tema son tan numerosos que se han realizado varios artículos de revisión donde se resumen los conocimientos acumulados hasta la fecha. ⁽³⁴⁾

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los principales estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de enero – marzo 2014.

Objetivos específicos

1. Identificar los estresores psicológicos asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes.
2. Identificar los estresores sociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes.

MÉTODO

A) Tipo y diseño de investigación

Se trata de un estudio analítico de casos y controles. La metodología empleada sigue los lineamientos del diseño no experimental, dado que no se manipula deliberadamente la variable independiente para ver efectos en la dependiente. ⁽³⁴⁾

B) Población y muestra

La población estuvo conformada por todas las mujeres gestantes adolescentes que acudieron al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

El número necesario de las personas que participaron en el estudio, fue determinado mediante un planteamiento bilateral para casos y controles, dicho cálculo se hizo mediante la fórmula:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

| | |
|--|------|
| Frecuencia de exposición entre los casos | 0.15 |
| Frecuencia de exposición entre los controles | 0.38 |
| Odds ratio a detectar | 2.00 |
| Nivel de seguridad | 0.95 |
| Potencia | 0.80 |
| Número de controles por caso | 2 |

| | |
|----|------|
| p1 | 0.15 |
| p2 | 0.38 |
| OR | 2.00 |

TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO

| | |
|------------------|----|
| Casos | 41 |
| Controles | 82 |

Donde $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$ y los valores $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ y $Z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio.

Criterios de Inclusión para los Casos

- Gestantes que acuden al hospital por motivo de amenaza de parto prematuro.
- Gestante que presenta una edad entre 10 a 19 años.
- Gestantes que deciden participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión para los Casos

- Gestantes adolescentes con problemas mentales que limiten la información.
- Gestantes adolescentes con alguna patología asociada al embarazo.

Criterios de Inclusión para los Controles

- Gestantes que acuden al hospital para atención de parto a término.
- Gestante que presenta una edad entre 10 a 19 años.
- Gestantes que deciden participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión para los Controles

- Gestantes adolescentes con problemas mentales que limite la información.
- Gestantes adolescentes con alguna patología asociada al embarazo.

C) Representación esquemática de variables

| VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTRESORES | | | | |
|---|--|--|--|---|
| PSICOLÓGICOS | | SOCIALES | | |
| Violencia | Motivación | Apoyo familiar | Situación económica | Proyecto personal |
| <ul style="list-style-type: none"> •Psicológica •Física | <ul style="list-style-type: none"> •Embarazo •Pareja | <ul style="list-style-type: none"> • Pareja • Familiares directos • Familiares de la pareja | <ul style="list-style-type: none"> •Dependencia económica •Estatus económico | <ul style="list-style-type: none"> • Estudio •Relaciones de familia |

VARIABLE DEPENDIENTE: AMENAZA DE PARTO PREMATURO

• Sí

• No

D) Técnicas e instrumentos

Técnica

Para recoger la información se empleó la técnica de la entrevista directa y la observación directa como una forma complementaria al instrumento de recopilación de la información.

Instrumento

Se elaboró un instrumento estructurado para recoger información acerca de los estresores psicológicos y sociales como posible vinculación con la amenaza de parto prematuro. Los estresores psicológicos presentan dos dimensiones: Violencia y Motivación, y los estresores sociales incluyen a las dimensiones: Apoyo familiar, Situación económica y Proyecto personal

En total el instrumento comprende 31 variables con 5 anclajes de respuesta en cada ítem (construida bajo los lineamiento de Likert), asimismo se incluye 5 ítems con respuestas múltiples para recoger información acerca de las variables sociodemográficas. (*Ver anexo 1*)

- **Validez**

La validez se determinó mediante el criterio de jueces (*Ver anexo 5*), obteniéndose los valores de aceptación mediante el coeficiente V de Aiken, esto permitió comparar las respuestas de los expertos, evaluando las coincidencias y divergencias sobre un criterio establecido. (Validez de contenido). (*Ver anexo 3*)

- **Fiabilidad**

Para determinar la fiabilidad del instrumento, se realizó un estudio piloto en 30 personas (10 casos y 20 controles) para lo cual, se utilizó el método de Consistencia Interna, el cual se determinó con el coeficiente del alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.906. (*Ver anexo 4*)

E) Procedimiento y análisis de datos

Los casos de amenaza de parto prematuro se identificaron en el servicio de Unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Los controles fueron las gestantes adolescentes que no presentaron amenaza de parto prematuro, las cuales fueron identificadas tanto en Centro Obstétrico y en los consultorios de Obstetricia. Tanto los casos como los controles fueron entrevistados diariamente durante los meses de enero - marzo 2014.

Luego de evaluar la información, estos fueron ingresados a una base de datos y con el apoyo del software SPSS versión 20, se realiza en una primera instancia, exploración de los datos y posteriormente se emplea los estadísticos para el contraste de hipótesis. Así a manera de resumen, los estadísticos empleados fueron:

Estadística descriptiva: Se emplearon en la fase exploratoria de la distribución de datos (media, asimetría y gráfico) con la finalidad de determinar si se ajusta o no a la normalidad. Esto permitió conocer y entender la forma cómo se comportaron los datos en cada variable.

Estadístico de Chi Cuadrado y Tablas de contingencia.

Prueba no paramétrica: Dado que los datos no se ajustaron a la normalidad, se empleó la prueba no paramétrica Chi Cuadrado (X^2) para conocer la posible relación de dependencia o independencia entre las variables. Los datos presentados a modo de tablas de contingencia permiten relacionar por un lado, las variables de contraste (violencia, abandono, embarazo planificado etc...) con los casos y controles (amenaza o no, de parto prematuro) por otro. Esta prueba estadística permite evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, no consideradas relaciones causales.

Odds Ratio. Este estadístico adicional en la prueba Chi cuadrado, se empleó cuando las tablas de contingencia son de 2 x 2 cumpliendo los requisitos de casos y controles. Permite conocer no solo la relación de dependencia, sino que además nos dice si es una variable de riesgo o protector.

F) Consideraciones éticas y consentimiento informado

Para poder desarrollar este estudio se solicitaron los permisos necesarios a las madres participantes mediante un consentimiento informado para acceder a información personal; en este se informa a la participante sobre los objetivos del trabajo, donde ella debe plasmar su firma dando el consentimiento para responder a las preguntas. (Ver anexo 5).

El estudio se ajusta a los principios éticos en el proceso de investigación puesto que no se atenta contra la integridad y salud de la paciente.

RESULTADOS

Tabla N° 1

**Influencia de la violencia física y psicológica en la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes.
Hospital “Daniel Alcides Carrión” 2014.**

| Indicadores | | | Amenaza de Prematuridad | | Chi cuadrado Odds ratio |
|-----------------------|---|----|-------------------------|----|--|
| | | | Sí | No | |
| Violencia Psicológica | Hostigamiento de la pareja | Sí | 29 | 35 | X ² =8,616; gl=1; p=0,003 OR=3,245; IC (1,454-7,241) |
| | | No | 12 | 47 | |
| | Hostigamiento de familiares de la pareja | Sí | 10 | 30 | X ² =1,852; gl=1; p=0,174 OR=0,559; IC (0,241-1,299) |
| | | No | 31 | 52 | |
| | Cambio de actitud de la pareja | Sí | 19 | 23 | X ² =4,067; gl=1; p=0,044 OR=2,215; IC (1,015-4,834) |
| | | No | 22 | 59 | |
| | Amenaza de abandono por parte de la pareja | Sí | 32 | 18 | X ² =35,653; gl=1; p=0,000 OR=12,642; IC (5,111-31,27) |
| | | No | 9 | 64 | |
| | Poca identificación con la religión | Sí | 9 | 9 | X ² =2,636; gl=1; p=0,004 OR=2,281; IC (1,828-6,283) |
| | | No | 32 | 73 | |
| Violencia Física | Violencia física por parte de la pareja | Sí | 28 | 15 | X ² =30,053; gl=1; p=0,000 OR=9,621; IC (5,056-22,821) |
| | | No | 13 | 67 | |
| | Violencia física de los familiares de la pareja | Sí | 29 | 30 | X ² =12,769; gl=1; p=0,000 OR=4,189; IC (1,865-9,407) |
| | | No | 12 | 52 | |
| | Intento de autolesión | Sí | 8 | 2 | X ² =10,667; gl=1; p=0,001 OR=9,697; IC (1,955-48,110) |
| | | No | 33 | 80 | |

Las valoraciones de la prueba Chi cuadrado, presentadas en la tabla 1 [$p \leq 0.05$], indican que todos los indicadores de los factores Violencia psicológica y Violencia física, influye de manera significativa para la presencia de amenaza de parto prematuro; sólo un indicador del factor Violencia psicológica no cumple esta condición (Hostigamiento por parte de los familiares de la pareja). Por otro lado, la evaluación de riesgo, determinado por la prueba Odds Ratio, dio positivo en todos los indicadores de influencia significativa; así el riesgo de presentar amenaza de prematuridad, es 3 veces más cuando hay hostigamiento por parte de la pareja, 2 veces más cuando la pareja cambia negativamente su actitud a raíz del embarazo, 13 veces más cuando la pareja amenaza con abandono, 2 veces más cuando hay poca identificación con la religión, 10 veces más cuando hay violencia física por parte de la pareja, 4 veces más cuando hay violencia física por parte de los familiares de la pareja, y 10 veces más en mujeres que intentaron autolesionarse a causa del embarazo.

Tabla N° 2
Estresores psicológicos relacionados con la motivación en la amenaza
de parto prematuro en gestantes adolescentes.
Hospital “Daniel Alcides Carrión” 2014.

| Indicadores | | Amenaza de Prematuridad | | Chi cuadrado Odds ratio |
|-----------------|---|-------------------------|----|------------------------------|
| | | Sí | No | |
| Embarazo | Embarazo no planificado | Sí | 34 | $X^2=7,317$; gl=1; p=0,007 |
| | | No | 7 | OR=3,440; IC (1,365-8,672) |
| | Sentimiento de rechazo al saber del embarazo | Sí | 38 | $X^2=7,688$; gl=1; p=0,006 |
| | | No | 3 | OR=5,241; IC (1,475-18,627) |
| | Sentimiento de decepción por el embarazo | Sí | 35 | $X^2=22,512$; gl=1; p=0,000 |
| | | No | 6 | OR=8,662; IC (3,277-22,895) |
| Pareja | Ausencia de amor hacia su pareja cuando se embarazó | Sí | 32 | $X^2=22,297$; gl=1; p=0,000 |
| | | No | 9 | OR=7,243; IC (3,031-17,309) |
| | Ausencia de amor en este momento del embarazo | Sí | 31 | $X^2=19,983$; gl=1; p=0,000 |
| | | No | 10 | OR=6,315; IC (2,703-14,754) |
| | Sentimiento de mala paternidad futura | Sí | 24 | $X^2=7,386$; gl=1; p=0,007 |
| | | No | 17 | OR=2,876; IC (1,327-6,232) |

Las valoraciones de la prueba Chi cuadrado (Tabla 2) indica que todos los indicadores de Motivación para el Embarazo y Motivación sobre la pareja, influyen de manera significativa para la presencia de amenaza de parto prematuro. La evaluación de riesgo, a través del Odds Ratio, fue a favor del riesgo, así, el riesgo de amenaza de prematuridad, es 3 veces más cuando este no fue planificado, 5 veces más cuando la gestante rechaza el embarazo, 9 veces más en mujeres cuyo embarazo fue una decepción, 7 veces más cuando no hubo amor hacia la pareja, 6 veces más cuando hay ausencia de afecto hacia la pareja en el presente, 3 veces más en mujeres que sienten que su pareja será un mal padre.

Tabla N° 3

**Estresores sociales relacionados con el apoyo familiar en la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes.
Hospital “Daniel Alcides Carrión” 2014.**

| Indicadores | | Amenaza de Prematuridad | | Chi cuadrado Odds ratio | | |
|---|---|---|----|----------------------------|--|--|
| | | Sí | No | | | |
| Pareja | La pareja le insinuó a abortar | Sí | 20 | 25 | $\chi^2=3,942$; gl=1; p=0,047 OR=2,171; IC (1,003-4,699) | |
| | | No | 21 | 57 | | |
| | Alejamiento por parte de la pareja por el embarazo | Sí | 17 | 12 | $\chi^2=10,919$; gl=1; p=0,001 OR=4,132; IC (1,727-9,886) | |
| | | No | 24 | 70 | | |
| | Indiferencia por parte de la pareja | Sí | 31 | 47 | $\chi^2=3,942$; gl=1; p=0,047 OR=2,309; IC (1,000-5,328) | |
| | | No | 10 | 35 | | |
| | Poca convivencia con la pareja | Sí | 32 | 41 | $\chi^2=8,913$; gl=1; p=0,003 OR=3,556; IC (1,509-8,376) | |
| | | No | 9 | 41 | | |
| | Familiares directos | Insinuación de aborto por parte de algún familiar directo | Sí | 25 | 27 | $\chi^2=8,812$; gl=1; p=0,003 OR=3,183; IC (1,461-6,932) |
| | | | No | 16 | 55 | |
| Ausencia de apoyo parental | | Sí | 33 | 27 | $\chi^2=24,746$; gl=1; p=0,000 OR=8,403; IC (3,419-20,653) | |
| | | No | 8 | 55 | | |
| Ausencia de sentimiento de bienvenida de la familia | | Sí | 35 | 37 | $\chi^2=18,239$; gl=1; p=0,000 OR=7,095; IC (2,692-18,699) | |
| | | No | 6 | 45 | | |
| Familiares de la pareja | Ausencia de apoyo material de los familiares de la pareja | Sí | 35 | 61 | $\chi^2=1,922$; gl=1; p=0,166 OR=2,008; IC (0,740-5,448) | |
| | | No | 6 | 21 | | |
| | Ausencia de sentimiento de bienvenida | Sí | 25 | 37 | $\chi^2=2,748$; gl=1; p=0,097 OR=1,900; IC (0,886-4,078) | |
| | | No | 16 | 45 | | |
| | Insinuación de aborto | Sí | 11 | 30 | $\chi^2=1,171$; gl=1; p=0,279 OR=0,636; IC (0,279-1,449) | |
| | | No | 30 | 52 | | |

Los valores de la prueba de dependencia presentadas en la tabla 3 [$p \leq 0.05$], indican que todos los indicadores de los factores Apoyo por parte de la pareja, y Apoyo de los familiares directos; influyen de manera significativa en la presencia de amenaza de prematuridad; esto no sucede con ningún estresor del factor Apoyo por parte de los familiares de la pareja.

La evaluación de riesgo, resultó positivo en todos los indicadores de influencia significativa. Así, el riesgo de presentar amenaza de prematuridad es 2 veces más cuando la pareja le ha insinuado a abortar, 4 veces más cuando la pareja tiende a alejarse a causa del embarazo, 2 veces más cuando la pareja es indiferente al embarazo, 4 veces más cuando lleva conviviendo con su pareja menos de 6 meses.

Respecto a los indicadores de estrés del factor Apoyo familiar por parte de parientes directos, el riesgo de presentar amenaza de parto prematuro es 3 veces más cuando algún familiar le ha insinuado al aborto, 8 veces más cuando hay ausencia de apoyo por parte de los padres de la gestante, 7 veces más cuando hay ausencia de sentimiento de bienvenida por parte de los familiares de la gestante.

Tabla N° 4

**Estresores sociales relacionados a la situación económica en la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes.
Hospital “Daniel Alcides Carrión” 2014.**

| Indicadores | | Amenaza de Prematuridad | | Chi cuadrado Odds ratio | |
|----------------------------------|--|-------------------------|----|--|--|
| | | Sí | No | | |
| Dependencia | No tiene autosuficiencia económica | Sí | 31 | 38 | X ² =9,507; gl=1; p=0,002 OR=3,589; IC (1,558-8,269) |
| | | No | 10 | 44 | |
| | Ausencia de apoyo económico de la pareja | Sí | 27 | 18 | X ² =22,708; gl=1; p=0,000 OR=6,857; IC (2,988-15,737) |
| | | No | 14 | 64 | |
| | Ausencia de apoyo económico de su familia | Sí | 37 | 43 | X ² =17,181; gl=1; p=0,000 OR=8,390; IC (2,740-25,685) |
| | | No | 4 | 39 | |
| Ausencia de un empleo remunerado | Sí | 10 | 63 | X ² =1,444; gl=1; p=0,229 OR=0,563; IC (0,219-1,448) | |
| | No | 11 | 39 | | |
| Estatus social | Vergüenza familiar del bajo nivel académico de la pareja | Sí | 12 | 26 | X ² =0,076; gl=1; p=0,783 OR=0,891; IC (0,393-2,019) |
| | | No | 29 | 56 | |
| | Vergüenza familiar por status económico de la pareja | Sí | 13 | 33 | X ² =0,851; gl=1; p=0,356 OR=0,689; IC (0,312-1,522) |
| | | No | 28 | 49 | |

Las valoraciones de la prueba Chi cuadrado presentadas en la tabla 4 [$p \leq 0.05$], indican que sólo 3 indicadores de la dimensión Situación económica se muestran como influyentes significativos para la presencia de amenaza de parto prematuro, estos indicadores corresponden al factor Dependencia (Ausencia de autosuficiencia económico, Ausencia de apoyo económico por parte de la pareja, Ausencia de apoyo económico por parte de los familiares directos).

La evaluación de riesgo, dio positivo en todos los indicadores de influencia significativa; así, el riesgo de presentar amenaza de prematuridad, es 3 veces más cuando la gestante no tiene autosuficiencia económica, 7 veces más cuando no tiene apoyo económico por parte de la pareja, y 8 veces más cuando no recibe apoyo económico por parte de sus propios familiares.

Tabla N° 5

**Estresores sociales relacionados con la proyección personal en la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes.
Hospital “Daniel Alcides Carrión” 2014.**

| Indicadores | | | Amenaza de Prematuridad | | Chi cuadrado Odds ratio |
|---------------------|--|----|-------------------------|----|--|
| | | | Sí | No | |
| Estudios | Frustración educativa | Sí | 34 | 33 | X ² =20,079; gl=1; p=0,000 OR=7,212; IC (2,858-18,197) |
| | | No | 7 | 49 | |
| | Niveles básicos de educación | Sí | 16 | 63 | X ² =1,577; gl=1; p=0,209 OR=1,981; IC (0,672-5,837) |
| | | No | 5 | 39 | |
| | Frustración de planes de vida a futuro | Sí | 34 | 42 | X ² =11,639; gl=1; p=0,001 OR=4,626; IC (1,841-11,626) |
| | | No | 7 | 40 | |
| Relación de familia | Sentimiento de obligación a unirse a la pareja por el bebé | Sí | 35 | 45 | X ² =11,174; gl=1; p=0,001 OR=4,796; IC (1,820-12,641) |
| | | No | 6 | 37 | |
| | Presión familiar para unirse a la pareja. | Sí | 30 | 28 | X ² =16,705; gl=1; p=0,000 OR=5,260; IC (2,298-12,038) |
| | | No | 11 | 54 | |

Finalmente, los resultados de la prueba Chi cuadrado, cuyas valoraciones se presentan en la tabla 5 [$p \leq 0.05$], señalan que todos los estresores correspondientes a la dimensión Proyección personal, se muestran como indicadores de significativa influencia para la presencia de amenaza de parto prematuro; solo un indicador correspondiente al factor Estudios (Nivel básico de educación), no cumple con estas condiciones de influencia.

La evaluación de riesgo, determinada por la prueba Odds ratio, dio positivo en todos los estresores sociales que demostró su influencia significativa para el fenómeno estudiado. Así, el riesgo de presentar amenaza de parto prematuro, es 7 veces más cuando la gestante ha frustrado sus estudios a causa del embarazo, 5 veces más cuando siente que sus planes a futuro se frustrarán, 5 veces más cuando siente la obligación de unirse a su pareja por causa del embarazo, y 5 veces más cuando su propia familia le presiona a unirse con su pareja por causa del embarazo.

DISCUSIÓN

Para dar respuesta a los objetivos del estudio, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado para dos muestras, con la finalidad de determinar si existe relación de dependencia significativa entre los estresores psicosociales y la presencia de amenaza de parto prematuro en una gestante adolescente. Así mismo, para conocer el riesgo que significa cada uno de los estresores, se evaluó éste a través de la prueba Odds ratio.

La evaluación de riesgo para presentar amenaza de parto prematuro, según los factores de violencia psicológica, es 3 veces más cuando existe hostigamiento por parte de la pareja a causa del embarazo [OR=3,245; IC (1,454-7,241)], no sucede así cuando dicho hostigamiento se da por parte de los familiares de la pareja, puesto que estadísticamente, no genera riesgo significativo para que la gestante pueda desarrollar el fenómeno estudiado [OR=0,559; IC (0,241-1,299)], el riesgo es 2 veces más cuando la gestante siente que su pareja ha cambiado radicalmente su actitud hacia ella de una manera negativa a partir del embarazo [OR=2,215; IC (1,015-4,834)], 12 veces más cuando la pareja ha amenazado a la gestante con abandonarla por causa del embarazo [OR=12,642; IC (5,111-31,27)], así mismo la poca identificación con la religión, representa 2 veces más el riesgo para que la gestante pueda desarrollar amenaza de parto prematuro [OR=2,281; IC (0,828-6,283)]. Se evaluaron los estresores procedentes de la violencia física, cuyos resultados de riesgo significativo es 2 veces más cuando existieron golpes por parte de la pareja por causa del embarazo [OR=9,621; IC (5,056-22,821)], 4 veces más cuando dicha violencia lo recibe por parte de los familiares de la pareja [OR=4,189; IC (1,865-9,407)], y 10 veces más cuando la

gestante intentó autolesionarse por causa del embarazo [OR=9,697; IC (1,955-48,110)]. (Ver tabla 1)

Estos resultados son similares a los de Grandi, C. ⁽¹⁸⁾, quien encuentra que entre las situaciones de vida las madres de RNPT refirieron “llorar mucho” ($p=0,021$) y “estar nerviosa” ($p= 0,043$) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%) y “mala relación familiar” (15,6% vs. 13%), así mismo, este autor afirma que en el análisis de regresión logística persistieron significativamente asociadas al parto prematuro “estar muy estresada” (OR 1,70, IC 95% 1,08-2,31) y “llorar” (OR 1,98, IC 95% 1,32-2,65). Parada, O. ⁽¹⁹⁾, encontró que 19 de 50 mujeres con amenaza de parto prematuro, sufrían violencia emocional. Salas, A y. Salvatierra, D. ⁽²⁰⁾ encontraron que la amenaza de parto pretérmino fue el único resultado materno con asociación significativa ($p<0.05$) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar.

La prevalencia real de la violencia por parte de la pareja durante el embarazo puede ser aún mayor debido a la renuencia de las mujeres a revelar la violencia, especialmente durante el embarazo. Además, muchos estudios han indicado que algunas mujeres pueden tener un riesgo mayor de violencia por parte de la pareja durante el embarazo debido al estado socioeconómico, edad, estado civil o condición de minoría étnica. Mientras que la violencia por parte de la pareja se puede encontrar en todos los niveles socioeconómicos, muchos estudios identifican un mayor riesgo de violencia por parte de la pareja en mujeres embarazadas y no embarazadas de estado socioeconómico bajo.

Hay muchos factores que pueden explicar la asociación entre los efectos físicos directos de la violencia, y el impacto en la salud mental y los cambios de comportamiento. Por ejemplo, el abuso que implica trauma abdominal puede conducir a un parto prematuro, ruptura de membranas, desprendimiento de la placenta y la rotura uterina, todo lo cual conduce al nacimiento prematuro o la muerte fetal causada por la violencia por parte de la pareja, esto durante el embarazo se ha asociado a mayor incidencia de infección de las vías urinarias, el cual ha sido asociado al nacimiento prematuro. La violencia por parte de la pareja también se asocia a conductas de riesgo para la salud durante el embarazo, probablemente mediados por trastorno de la salud mental. Estos comportamientos, incluyen la utilización inadecuada de la atención prenatal, poca ganancia de peso durante el embarazo, el tabaquismo, la bebida alcohólica y el consumo de sustancias nocivas durante el embarazo, los cuales se asocian a resultados negativos en los recién nacidos. Por ejemplo, uno de los factores primarios del comportamiento de la salud asociados con la violencia por parte de la pareja, la prematuridad y bajo peso al nacer es la inadecuada utilización de la atención prenatal. Existe una asociación entre la violencia por parte de la pareja y la atención prenatal tardía o ausente.

Respecto a los estresores psicológicos de motivación sobre el embarazo, existe riesgo significativo para presentar amenaza de parto prematuro, el cual es 3 veces más cuando dicho embarazo no fue planificado [OR=3,440; IC (1,365-8,672)], 5 veces más cuando la gestante siente rechazo hacia su embarazo [OR=5,241; IC (1,475-18,627)], 9 veces más cuando la adolescente está decepcionada de haberse embarazado [OR=8,662; IC (3,277-22,895)]. Así mismo, respecto a los estresores psicológicos de motivación sobre la pareja,

existe riesgo significativo para presentar amenaza de parto prematuro, el cual es 7 veces más cuando la gestante no estuvo enamorada de su pareja cuando se embarazó [OR=7,243; IC (3,031-17,309)], 6 veces más cuando la adolescente no está enamorada de su pareja en este momento de su embarazo [OR=6,315; IC (2,703-14,754)], y el riesgo es 2 veces más cuando la gestante siente que su pareja no será buen padre [OR=2,876; IC (1,327-6,232)]. (Ver tabla 2).

Estos hallazgos, son congruentes con los de Grandi, C. ⁽¹⁸⁾ ya que encontró que las madres de recién nacidos pretérmino se sintieron más frecuentemente estresadas o angustiadas ($p= 0,014$) y reaccionaron llorando ($p= 0,021$).

Respecto a los estresores procedentes del apoyo familiar, existe 2 veces más de riesgo significativo para que la gestante pueda presentar amenaza de parto prematuro, cuando hubo insinuación propuesta por parte de la pareja para abortar [OR=2,171; IC (1,003-4,699)], 4 veces más cuando la pareja tiende a alejarse a raíz del embarazo [OR=4,132; IC (1,727-9,886)], 2 veces más cuando la pareja se muestra indiferente al embarazo [OR=2,309; IC (1,000-5,328)], y 3 veces más cuando lleva conviviendo con su pareja menos de 6 meses [OR=3,556; IC (1,509-8,376)]. Así mismo, respecto al factor Apoyo de los familiares directos, existe 3 veces más de riesgo significativo cuando algún familiar directo de la gestante le ha insinuado a abortar [OR=3,183; IC (1,461-6,932)], 8 veces más cuando no hay apoyo de sus propios padres [OR=8,403; IC (3,419-20,653)], y 7 veces más cuando su familia no está a gusto manifestando rechazo de bienvenida al bebé [OR=7,095; IC (2,692-18,699)]. No sucede así, con los estresores procedentes del factor Apoyo de los familiares de la pareja, puesto que la manifestación de ausencia de apoyo material, ausencia de bienvenida al bebé, e insinuación de aborto por parte de los familiares de la pareja, no genera ni representa riesgo

significativo para que la gestante pueda presentar amenaza de parto prematuro.
(*Ver tabla 3*)

Los resultados de la investigación de Avalos, C.⁽¹⁷⁾ son similares a los resultados encontrados, puesto que concluye afirmando que la variedad de factores asociados a la amenaza de parto pretérmino tienen una implicación socio-económica y cultural intrínseca. Por otro lado, Grandi, C.⁽¹⁶⁾ encontró que las situaciones de vida las madres de recién nacidos de parto prematuro, refirieron “llorar mucho” ($p=0,021$) y “estar nerviosa” ($p=0,043$) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%) y “mala relación familiar” (15,6% vs. 13%) en comparación con las madres de recién nacidos a término, aunque estadísticamente no significativas.

Sin embargo, cuando se evaluaron los estresores procedentes de la situación económica, se encontró que existe 4 veces más de riesgo significativo cuando la gestante no tiene autosuficiencia económica [OR=3,589; IC (1,558-8,269)], 7 veces más cuando su pareja no le apoya económicamente con los gastos del embarazo [OR=6,857; IC (2,988-15,737)], y 8 veces más cuando su propia familia se opone a ayudarlo económicamente con los gastos del embarazo [OR=8,390; IC (2,740-25,685)], sin embargo, la ausencia de un empleo remunerado, no genera riesgo significativo para que la gestante pueda desarrollar amenaza de prematuridad. Lo mismo sucede con los estresores procedentes del estatus social, puesto que el sentimiento de vergüenza por parte de la familia de la gestante hacia la pareja por su bajo nivel educativo y/o su bajo status económico, no genera riesgo significativo para una posible amenaza de parto prematuro. (*Ver tabla 4*)

Finalmente, respecto a los estresores procedentes de la proyección personal sobre los estudios, existe 7 veces más riesgo significativo cuando la gestante es consciente de que el embarazo ha frustrado sus metas académicas [OR=7,212; IC (2,858-18,197)], 5 veces más cuando sus planes a futuro se ven frustrados [OR=4,626; IC (1,841-11,626)], no sucede así cuando la gestante pertenece a un nivel educativo básico, ya que esta variable no generó riesgo significativo para que la gestante presente amenaza de parto prematuro. Así mismo, respecto a evaluación de riesgo de los estresores procedentes de la proyección personal de hacer familia, existe 5 veces más de riesgo significativo cuando la gestante se siente obligada a unirse a su pareja como consecuencia del embarazo [OR=4,796; IC (1,820-12,641)], 5 veces más cuando dicha obligación es impuesta por sus propios familiares [OR=5,260; IC (2,298-12,038)]. (Ver tabla 5)

Estos resultados, fueron similares a los de Avalos, C ⁽¹⁷⁾, quien afirma que la variedad de factores asociados a la presencia de amenaza de parto prematuro en una mujer gestante, son, significativamente de carácter social, económico y cultural.

CONCLUSIONES

1. Entre los principales estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro, están referidos al intento de autolesión de la gestante a causa del embarazo; cuando recibe amenazas de abandono por parte de su pareja y es golpeada a causa del embarazo; cuando la gestante no está ni estuvo enamorada de su pareja en el momento del embarazo, cuando los familiares directos no la apoyan con su embarazo y no manifiestan sentimiento de bienvenida al bebé, ni la apoyan económicamente con los gastos de la gestación; y cuando es consciente de que sus metas académicas se han visto frustradas por el embarazo.
2. Los estresores psicológicos significativamente asociados a la amenaza de parto prematuro se da cuando el embarazo no es planificado y tiene sentimientos de rechazo al mismo; cuando hay hostigamiento por parte de la pareja, que a su vez ha cambiado radicalmente de actitud de manera negativa; y cuando los familiares de la pareja la han agredido físicamente; se da también cuando la gestante tiene poca identificación con la religión y siente que su pareja será un mal padre.
3. Los estresores sociales significativamente asociados a la amenaza de parto prematuro se da cuando la pareja le ha propuesto a abortar y se ha manifestado distante de la gestante mostrándose indiferente al embarazo; además si están viviendo juntos en un lapso menor a 6 meses; también se observa cuando algún familiar directo de la gestante le ha insinuado a abortar, y que a su vez, la gestante no tiene autosuficiencia económica, quedando

frustrados sus planes a futuro; también se observa cuando siente la obligación, por ella misma y por parte de sus familiares, para unirse con su pareja a consecuencia del embarazo.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar y poner en práctica programas de intervención orientadas a la atención prenatal en gestantes adolescentes con la finalidad de reforzar la atención integral a las mismas, ya que la mayoría de profesionales de salud solo le dan importancia al plano biológico; es importante también incluir a la familia y a la pareja, orientarlos y educarlos acerca de los cambios que sufrirá la adolescente, tanto en el aspecto biológico, psicológico y social; todo esto con el fin de apoyar a la gestante haciendo que su embarazo sea una experiencia satisfactoria.
2. Trabajar con el entorno familiar de la gestante, educarlos y concientizarlos, hacerles entender que el plano psicológico de una persona es muy importante; en caso de la gestante adolescente los conflictos internos que se crean a partir de un embarazo no planificado son agravados por todos los estresores psicológicos que aparecen a lo largo de su embarazo, de allí la importancia de la comprensión y apoyo de los padres y la pareja.
3. El estigma social que recae en una gestante adolescente es aún un hecho en nuestra sociedad. La presión por cumplir normas sociales, la preocupación por su futuro, el aspecto económico; todo ello genera estrés, por lo cual se debe trabajar con la gestante temas de autoestima, empoderamiento y asertividad, instarle a que realice un nuevo proyecto de vida, hacerle entender que el camino hacia un futuro exitoso será difícil mas no imposible.

4. Lo más importante es la prevención del embarazo en las adolescentes, por ello se debe trabajar con mayor énfasis sobre los determinantes de la salud de las y los adolescentes, su entorno familiar y social. El tema de instituciones educativas saludables debe estar en la agenda del quehacer profesional del obstetra ya que siendo el embarazo de la adolescente un problema de salud pública, debe tener un abordaje multisectorial. Los profesionales de la salud y los docentes deben trabajar con énfasis en el tema de educación sexual en los colegios, ello con la finalidad de empoderar al niño y adolescente en su vida sexual, evitando así embarazos no planificados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Behrman RE, Stith BA. El parto prematuro: causas, consecuencias y prevención. 1st ed. Comité de Editores en Entender el Nacimiento Prematuro y asegurar resultados saludables. Prensa académica nacional; 2013.
2. OMS [Internet]. Parto prematuro: Preguntas y respuestas en línea. 2012. [Actualizado 15 Noviembre 2012; citado el 27 Noviembre 2013]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/
3. Ticona M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Rev Per GinecolObstet. 2003;49(4):227-36.
4. OMS, March of Dimes, la Asociación para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño, Save the Children [Internet]. Nacido demasiado pronto: el informe de la acción global sobre el parto prematuro. 2012. [Actualizado el 12 Abril 2012; citado el 27 Nov 2013] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/es.
5. Thomas, M.C.; Elrath MD. Ruptura prematura de membrana en el Segundo trimestre. En: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2008.
6. Muglia LJ, Katz M. El enigma de parto prematuro espontáneo. N Eng J Med 2010; 362(6):529-35.
7. Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, et al. El síndrome de parto prematuro: una clasificación prototipo fenotípica. Am J ObstetGynecol 2012; 206:119.
8. Nacersano.com [Internet]. Estrés durante el embarazo. 2007. [Actualizado el 14 Setiembre 2008; citado el 27 Nov 2013]. Disponible en: http://www.nacersano.org/prematuro/9323_9911.asp

9. Instituto de Medicina Comité sobre Análisis de nacimiento prematuro y Aseguramiento de resultados saludables, la Junta de Salud Política Ciencias, Behrman, RE y Butler, A. S. (eds.). Nacimiento Prematuro: Causas, consecuencias y prevención. Washington, DC, The National Academies Press, 2006.
10. Walter Mendoza, Gracia Subiría. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3): 471-9. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MENDOZA-SUBIRIA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf>
11. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). Factores de riesgo psicosociales: Detección Perinatal e intervención. ACOG Committee Opinion, número 343, agosto de 2006
12. INMP [Internet]. Estadística del Instituto Nacional, materno Perinatal. 2013. [Actualizado el 27 Noviembre 2013; citado el 27 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/detalle.php?idPagina=1>
13. Instituto Nacional de estadística. Estado de la niñez en el Perú. 1ra ed. 2011
14. Ruiz RJ, Fullerton J, Dudley DJ. La interrelación de estrés materno, factores endocrinos y la inflamación en la duración de la gestación. ObstetGynecolSurv 2003; 58: 415-28.
15. Mibebeyyo.com [Internet]. El estrés en el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro. 2011. [Actualizado el 05 Octubre 2011; citado el 27 Nov

2013]. Disponible en: <http://www.mibebeyyo.com/embarazo/primer-trimestre/estres-parto-prematuro-3663>

16. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. [350] p.; tab; ilustr. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Guias%20Nacionales%20de%20Atencion%20Integral%20de%20la%20SSR.pdf>
17. Avalos C. Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el hospital José María Velasco Ibarra; Tena 2008. (Tesis Doctoral). Ecuador, Escuela superior politécnica de Chimborazo; 2005.
18. Grandi C, Gonzáles M, Naddeo S, Busualdo N, Salgado M. Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. Regalyc.org. 2008. 27(2):51-69.
19. Parada O, Ulloa P, Vázquez A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Rev. Esp. Méd. Quir. 2012. 17(1):39-43.
20. Salas Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011-febrero 2012. (Tesis Doctoral). Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012.
21. Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizan J, Alhabe O. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1999. 5(6):374-385.

22. Gallego, J. y Cortés, D. Trabajo de parto pre término y Amenaza DE parto pre término. Tomo I. 2013
23. Alapsa.net [Internet]. Alapsa, 2013 [actualizado 10 Nov 2013; citado 14 Nov 2013]. Disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xKrJ9wtbPcMJ:www.alapsa.org/detalle/01/32marcoteoricopsicosociales.html&hl=es&gl=pe&stri p=0>.
24. medicinafetalbarcelona.org [Internet]. Guía clínica. 2012. [citado el 27 Nov 2013]. Disponible en:
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_m aterna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino.pdf
25. Ibarra H, Aparicio C, Acosta M. Resultados Perinatales en la Amenaza de Parto Prematuro. Experiencia del Hospital San Pablo, Asunción. Artículo Original. 2009. 1-14.
26. Cortes, P. y Tamayo, J. Factores psicosociales asociados a la génesis de la preeclampsia. Tesis de maestría, Universidad de la Sabana. 2000
27. Committee opinion no 579: definition of term pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 Nov; 122(5):1139-40. doi: 10.1097/01.AOG.0000437385.88715.4a
28. Sogba.org.ar [Internet]. Argentina: SOGBA; 2013 [actualizado 14 Nov de 2013; citado 14 Nov 2013]. Disponible en:
http://www.sogba.org.ar/cientifica_guias_amenaza.html

29. Web consultas.com. Web Consultas. [Internet]. Paris: Orphanet; 2000
[actualizado 25 Feb 2013; citado 14 Nov 2013]. Disponible en:
<http://www.webconsultas.com/embarazo/tipos-de-parto/parto-prematuro-863>.
30. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barners BA, et al.
The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard
Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324 (6): 377-84.
31. Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy
outcome. ClinObstet Gynecol. 2008 Jun; 51(2):333-48. Abstract
32. Bonari L , Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G., Perinatal risks of
untreated depression during pregnancy. Can J Psychiatry. 2004 Nov;
49(11):726-35. Abstract.
33. Dorthe Hansen Precht, Per Kragh Andersen, Jørn Olsen, Severe life events
and impaired fetal growth: a nation-wide study with complete follow-up. Acta
ObstetGynecolScand. 2007; 86 (3):266-75. Abstract.
34. Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la
investigación (5ªed.). México, D. F. 2010, México: McGraw-Hill
Interamericana.

ANEXO 1

| | | |
|--|--|--|
| Niveles de estudio <input type="checkbox"/> Ilustrada <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario | Convivencia (> 6 meses) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene empleo remunerado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Paridad <input type="checkbox"/> Primípara <input type="checkbox"/> Multípara (2-5) <input type="checkbox"/> Gran multípara (>5) | Identificación con la religión <input type="checkbox"/> Muy identificada <input type="checkbox"/> Medianamente identificada <input type="checkbox"/> Poco Identificada | |

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Es Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Instrucciones: A continuación se le presenta algunas situaciones que suceden durante el embarazo, si usted se identifica con algunas de ellas, conteste marcando una X en el círculo que corresponda. Gracias. | | | | | |
| 1 Mi pareja me echa la culpa del embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Mi embarazo fue planificado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Mi pareja me insinuó a abortar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Puedo solventar los gastos de mi embarazo con mi trabajo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Mis metas de estudio se han visto frustradas a causa de mi embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 He recibido insultos y/o amenazas por parte de los familiares de mi pareja. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Me puse muy contenta cuando me enteré de mi embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Siento que él está conmigo en este embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Mi pareja me apoya con los gastos del embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Mis planes a futuro se han visto seriamente afectados por mi embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 Él ha cambiado radicalmente conmigo a raíz de este embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Estoy a gusto con mi embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Por este embarazo, me siento engreída por él. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Mi familia me apoya económicamente con los gastos del embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Debo de casarme o convivir con mi pareja a causa de este embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Mi pareja me amenazó con abandonarme a causa de este embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Estuve enamorada de mi pareja. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Algún familiar mío me ha insinuado a abortar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su nivel educativo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Mi familia me presiona para casarme/convivir con mi pareja por el embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21 Como consecuencia de este embarazo fui golpeada por mi pareja. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22 Me he desilusionado de mi pareja. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23 Siento apoyo de mis padres en este embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24 Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su estatus económico. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25 Por mi embarazo, fui golpeada por algún familiar mío o de mi pareja. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26 Sé que mi pareja será un buen padre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27 Siento que mi familia espera con ansias a mi bebe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28 Yo he atentado contra mi integridad física a causa de este embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29 Siento que los familiares de mi pareja me apoyan en este embarazo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30 Siento que los familiares de mi pareja esperan con ansias a mi bebe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31 Algún familiar de mi pareja me ha insinuado a abortar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANEXO 2

Operacionalización de variables

| Factor | Variable | Definición | Tipo de variable | Categorización | | Estadístico |
|------------------|--------------------------------|--|------------------|---|---------|--------------|
| | | | | Grupos | Medida | |
| DATOS PERSONALES | Nivel de estudio | Grado académico alcanzando por la gestante. | Cualitativa | 1: Ilustrada 2: Básico 3: Técnico | Ordinal | Chi cuadrado |
| | Paridad | Número de partos que ha tenido la paciente, incluido el parto actual. | Cualitativa | 1: Primípara 2: Multipara (2-5) 3: Gran multipara (>5) | Ordinal | Chi cuadrado |
| | Convivencia | Vivir por un periodo mayor de 6 meses con la pareja. | Cualitativa | 0: Si 1: No | Nominal | Chi cuadrado |
| | Empleo remunerado | Trabajo que realiza la gestante con remuneración económica. | Cualitativa | 0: Si 1: No | Nominal | Chi cuadrado |
| | Identificación con la religión | Cuan identificada está con la religión que profesa, asociado al sentimiento de culpa o presión emocional respecto al embarazo. | Cualitativa | 1: Muy identificada 2: Medianamente identificada 3: Poco identificada | Nominal | Chi cuadrado |

| Factor | Dimensión | Sub-dimensión | Definición | Ítems | Medida | Escala | Estadístico | | |
|--|----------------|---------------|---|--|--|---------|--------------------------------|---|--|
| Psicológico | Violencia | Psicológica | Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación | 1. Mi pareja me echa la culpa del embarazo. | Ordinal | | CHI cuadrado para dos muestras | | |
| | | | | 6. He recibido insultos y/o amenazas por parte de los familiares de mi pareja. | | | | | |
| | | | | 11. El ha cambiado radicalmente conmigo a raíz de este embarazo. | | | | | |
| | | | | | 16. Mi pareja me amenazó con abandonarme a causa de este embarazo. | Ordinal | | 0=Totalmente de acuerdo. 1=De acuerdo 2=Es indiferente 3=En desacuerdo 4=Totalmente en desacuerdo | |
| | | | | | 21. Como consecuencia de este embarazo fui golpeada por mi pareja. | | | | |
| | | | | | 25. Por mi embarazo, fui golpeada por algún familiar mío o de mi pareja. | | | | |
| | | Física | Acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas. | 28. Yo he atentado contra mi integridad física a causa de este embarazo. | Ordinal | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Embarazo | Señalamiento o énfasis que nace en una persona hacia un embarazo, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese esa acción. | 2. Mi embarazo fue planificado. | Ordinal | | | | |
| 7. Me puse muy contenta cuando me enteré de mi embarazo. | | | | | | | | | |
| 12. Estoy a gusto con mi embarazo. | | | | | | | | | |
| Motivación | | | 17. Estuve enamorada de mi pareja. | Ordinal | | | | | |
| | | | 22. Me he desilusionado de mi pareja. | | | | | | |
| | | | 26. Sé que mi pareja será un buen padre. | | | | | | |
| Social | Apoyo familiar | Pareja | Favor, auxilio o protección material o moral que se recibe de su pareja. | 3. Mi pareja me insinuó a abortar. | Ordinal | | | | |
| | | | | 8. Siento que él está conmigo en este embarazo. | | | | | |
| | | | | 13. Por este embarazo, me siento engreída por él. | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|--|--|---------|---|
| | Familiares directos | Favor, auxilio o protección material o moral que se recibe de sus familiares directos como el papá, la mamá, hermanos, tíos etc. | 18. Algún familiar mío me ha insinuado a abortar. 23. Siento apoyo de mis padres en este embarazo. 27. Siento que mi familia espera con ansias a mi bebe. | Ordinal | |
| | Familiares de la pareja | Favor, auxilio o protección material o moral que se recibe de sus familiares de la pareja como el papá, la mamá, hermanos, tíos etc. | 29. Siento que los familiares de mi pareja me apoyan en este embarazo. 30. Siento que los familiares de mi pareja esperan con ansias a mi bebe. 31. Algún familiar de mi pareja me ha insinuado a abortar. | Ordinal | |
| Situación económica | Dependencia económica | Incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria por requerir ayuda de ella misma, su pareja o sus padres para su desarrollo normal de su embarazo. | 4. Puedo solventar los gastos de mi embarazo con mi trabajo. 9. Mi pareja me apoya con los gastos del embarazo. 14. Mi familia me apoya económicamente con los gastos del embarazo. | Ordinal | 0=Totalmente de acuerdo. 1=De acuerdo 2=Es indiferente 3=En desacuerdo |
| | Estatus económico | El estatus es la posición, la escala social y económica a la cual pertenece la gestante o su pareja. | 19. Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su nivel educativo. 24. Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su estatus económico. | Ordinal | 4=Totalmente en desacuerdo |
| Proyecto personal | Estudios | Actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo académico en corto, mediano o largo plazo | 5. Mis metas de estudio se han visto frustradas a causa de mi embarazo. 10. Mis planes a futuro se han visto seriamente afectados por mi embarazo. | Ordinal | |
| | Relaciones de familia | Actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo de formar una familia en corto, mediano o largo plazo | 15. Debo de casarme o convivir con mi pareja a causa de este embarazo. 20. Mi familia me presiona para casarme/convivir con mi pareja por el embarazo. | Ordinal | |

ANEXO 3
Validez de la escala
Resultados de Juicio de Expertos

| | Item | JUECES | | | | | | | | | | Acuerdos | V Aiken | P | |
|-------------|---------------------|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----------|---------|--------|------------|
| | | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | | | | |
| PSICOLÓGICO | Violencia | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | 0.001 | Válido |
| | | 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | Motivación | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | 0.001 | Válido |
| | | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 17 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 7 | 0.70 | p≥0.05 | Modificado |
| | | 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| SOCIAL | Apoyo social | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | 0.001 | Válido |
| | | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | Situación económica | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | 0.001 | Válido |
| | | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | 0.001 | Válido |
| | | 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | Proyecto personal | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0.90 | 0.001 | Válido |
| | | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |
| | | 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1.00 | 0.001 | Válido |

ANEXO 4

Fiabilidad de la escala Resultados de la prueba piloto

| Variable | Factor | Dimensión | Sub-dimensión | n° |
|--|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--|
| ESTRESORES PSICOSOCIALES $\alpha=0.906$ | Psicológico $\alpha=0.847$ | Violencia $\alpha=0.696$ | Psicológica | 1 Hostigamiento de la pareja |
| | | | | 6 Hostigamiento de familiares de la pareja |
| | | | | 11 Cambio de actitud de la pareja |
| | | | | 16 Amenaza de abandono de la pareja |
| | | | Física | 21 Violencia física por parte de mi pareja |
| | | | | 25 Violencia física de familiares de la pareja |
| | | | | 28 Intento de Autolesión. |
| | | Motivación $\alpha=0.858$ | Embarazo | 2 Planificación del embarazo |
| | | | | 7 Aceptación del embarazo |
| | | | | 12 Alegría por el embarazo |
| | | | Pareja | 17 Amor en el pasado |
| | | | | 22 Amor en el presente |
| | | | | 26 Perfectivas en el futuro |
| | Social $\alpha=0.827$ | Apoyo familiar $\alpha=0.747$ | Pareja | 3 Insinuación de aborto |
| | | | | 8 Compromiso |
| | | | | 13 Apoyo emocional |
| | | | Familiares directos | 18 Insinuación de aborto |
| | | | | 23 Apoyo paternal |
| | | | | 27 Apoyo de mi familia |
| | | Familiares de la pareja | | 29 Apoyo material |
| | | | | 30 Apoyo emocional |
| | | | | 31 Insinuación de aborto |
| | | Situación económica $\alpha=0.673$ | Dependencia económica | 4 Autosuficiencia económica |
| | | | | 9 Apoyo económico de la pareja |
| | | | | 14 Apoyo económico de la familia |
| | | | Estatus Social | 19 Nivel Educativo |
| | | | | 24 Nivel Económico |
| | | Proyecto personal $\alpha=0.748$ | Estudios | 5 Frustración educativa |
| | | | | 10 Frustración de proyecto de vida |
| | | | Relaciones de familia | 15 Deber para la unión |
| | | | | 20 Obligación para la unión |

ANEXO 5

Formulario de Consentimiento Informado

Mediante el presente documento doy mi consentimiento para la utilización de los datos necesarios obtenidos *mediante esta encuesta para el trabajo de investigación “Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – marzo 2014”* y declaro haber sido informada por *Roxana Pilar Solís Granados*, que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo.

No hay ningún problema ni riesgo que pueda causar esta actividad, comprendo que en mi calidad de participante voluntario puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no se me realizará, ni recibiré algún pago o beneficio económico por esta participación.

SI ACEPTO participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma del responsable

DNI:

Firma del paciente

DNI: